



ADDRESS ALL
COMMUNICATIONS
TO THE SHERIFF

SHERIFF'S OFFICE
COUNTY OF MARIN
HALL OF JUSTICE, CIVIC CENTER
SAN RAFAEL, CALIFORNIA 94903

TELEPHONE
499-7233

QUEJA PUBLICA **NUMERO DE ARCHIVO** _____ **FECHA** _____

PERSONA REPORTANDO

EL NOMBRE

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN PROFESIONAL

NÚMERO DE TELÉFONO

VÍCTIMA DE CONDUCTA INAPROPIADA (si es diferente de la persona que está haciendo el informe)

NOMBRE

DOMICILIO/DIRECCION

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN PROFESIONAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA Y HORA DE LOS HECHOS (Explique que paso o que vio)

TESTIGOS

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

NOMBRE Y LA DESCRIPCION DE LOS EMPLEADOS QUE SON EL MOTIVO DE LA QUEJA

(Por favor complete su queja en la parte de atrás de esta forma)

SIGNATURE _____

HA SIDO ALGUNA DE LAS PERSONAS O TESTIGOS DETENIDOS O ENTREVISTADOS POR EL DEPARTAMENTO DEL ALGUACIL? SI ESE HA SIDO EL CASO, QUIEN? _____

PUEDE EL INVESTIGADOR ENTREVISTAR LA PERSONA QUE HACE ESTA QUEJA EN SU LUGAR DE EMPLEO? SI NO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA QUEJA

Usted tiene el derecho de hacer una queja contra un policía por cualquier conducta inapropiada. La ley de California exige a esta agencia tener el procedimiento para investigar las quejas públicas. Usted tiene el derecho a una descripción por escrito de este procedimiento. Si esta agencia después de investigar encuentra que no hay bastante evidencia para garantizar la acción de su queja, aun cuando ése sea el caso, usted tiene el derecho de hacer la queja si usted cree que un funcionario se comportó inadecuadamente. Las quejas públicas y cualquier informe o resultados que relacionan a las quejas deben ser retenidas por esta agencia durante por lo menos cinco años. Es contra la ley hacer una queja que usted sabe que es falsa. Si usted hace una queja contra un funcionario que usted sabe que es falsa, usted puede ser acusado y procesado de un cargo de delito menor.

Yo he leído y he entendido la declaración anterior y yo certifico que la información contenida en este informe es verdadera. (Por favor complete su queja en la parte de atrás de esta forma)

SIGNATURE _____

NUMERO DE LA INSIGNIA _____ **FECHA** _____ **HORA DEL DIA** _____

